
**SIGNIFICATI E GESTIONE DELLA
VULVODINIA E DELLA DISPAREUNIA**

INQUADRAMENTO FISIOPATOLOGICO DELLA VULVODINIA

L. Micheletti, F. Bogliatto

Il dolore è una esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole che per la propria trasmissione utilizza le fibre amieliniche A δ e C comuni anche alla trasmissione del prurito. Questa stessa trasmissione neuronale ha fatto sì che il prurito fosse generalmente considerato una forma di dolore di minore entità. Oggi prevale tuttavia la teoria della separazione della percezione del prurito e del dolore. A favore di questa teoria vengono riportati alcuni argomenti quali il fatto che temperature di 40-41° C aboliscono il prurito ma scatenano il dolore e che la rimozione dell'epidermide con il derma superficiale abolisce il prurito ma non il dolore. Infine il prurito richiede grattamento mentre il dolore allontana ogni tipo di tocco.

Nel 1983 durante il 7° Congresso ISSVD (*International Society for the Study of Vulvar Disease*) venne ufficializzato l'impiego del termine "vulvodinia" per definire un "disturbo vulvare cronico caratterizzato da sensazione di bruciore, dolore, puntura, irritazione e dispareunia" da differenziarsi dal prurito vulvare.

Durante il 10° Congresso ISSVD del 1989 venne proposta la classificazione della vulvodinia in 5 sottoclassi (papillomatosi vestibolare, vulvite ciclica,

sindrome vestibolitica, vulvodinia essenziale o disestesica, e vulvodinia idiopatica). Nel corso degli anni successivi il riscontro di vulvodinia caratterizzata da assenza di lesione organica e dovuta prevalentemente ad una alterazione della percezione sensoriale sia periferica che centrale, ha evidenziato la necessità di eliminare la papillomatosi vestibolare e la vulvite ciclica come sottogruppi di vulvodinia. Nel 1999 al 15° Congresso ISSVD venne quindi proposta una nuova classificazione fondata sulla osservazione che la vulvodinia non da alterazioni organiche visibili è da ricondursi ad una alterata trasmissione neuronale. Per tale motivo venne deciso di utilizzare il termine disestesia al posto di vulvodinia, riconoscendone una forma generalizzata ed una forma localizzata (clitoridodinia, vestibolodinia, altro).

Al 16° Congresso ISSVD del 2001 venne riconfermata questa classificazione anche se non ritenuta del tutto esauriva dal punto di vista terminologico per cui è prevedibile una ulteriore modificazione. Unanimemente riconfermata è stata la critica all'uso del termine "vestibolite" con la raccomandazione a non utilizzare più tale vocabolo in quanto evoca una patogenesi

infiammatoria non riscontrabile nel vero e proprio dolore vulvare di tipo disestesico.

Le varietà terminologiche riscontrabili in letteratura nel definire il dolore vulvare sono una chiara espressione di come il dolore identifichi una serie variegata di situazioni cliniche ed etiologiche spesso multifattoriali e di difficile inquadramento nosologico. Sono stati di volta in volta chiamati in causa fattori infettivi (HPV e candida), alterata escrezione urinaria di ossalati, alterazione dell'ecosistema vaginale, alterata percezione sensoriale, neuropatie periferiche, variazioni del tono muscolare del pavimento pelvico, fattori iatrogeni (di origine medica o chirurgica), fattori ormonali e fattori psicologici. Oggi prevale l'ipotesi patogenetica che vede il "dolore vulvare cronico non associato ad alterazioni del rivestimento cutaneo/mucoso" come un segno di una patologia neurosensoriale in cui si intrecciano fattori di percezione periferica e fattori di rielaborazione corticale unitamente all'habitus psicologico della paziente.

L'approccio diagnostico ad una sindrome così complessa e strettamente correlata all'habitus psicologico-esistenziale del soggetto richiede una preparazione multidisciplinare specifica associata ad un'attenzione psicologica e metodologica particolare. Si inizia con accurata anamnesi volta alla raccolta di dati ed eventi correlabili alla sindrome dolorosa (sforzandosi di cogliere eventuali elementi e conflitti psicologici) per passare all'esame obiettivo completato da accertamenti strumentali atti a rilevare la presenza od assenza di lesioni obiettive.

Gli accertamenti strumentali di base sono rappresentati da citologia cervi-

co-vaginale, colposcopia, accurata ispezione vulvare con eventuale biopsia in presenza di lesioni visibili. In casi particolari possono rendersi necessari accertamenti radiologici volti ad escludere patologie osteo-articolari compressive o patologie neurologiche degenerative (TAC e RMN).

Lo studio elettromiografico del pavimento pelvico viene ritenuto da alcuni Autori un momento diagnostico utile nell'evidenziare eventuali variazioni del tono muscolare e della trasmissione nervosa a livello del nervo pudendo.

In riferimento al trattamento va specificato come non esista un orientamento terapeutico codificato in quanto la scelta del tipo di trattamento dipende dalle presunzioni e convinzioni diagnostiche del medico. Tutto ciò spiega l'ampia gamma di presidi terapeutici reperibili in letteratura (Tabb. 1 e 2).

È evidente che un corretto approccio clinico alla donna affetta da vulvodinia preveda uno specialista fornito di una preparazione interdisciplinare di base, ginecologica, dermatologica, istopatologica, neurologica e psicologica specificatamente rivolta al distretto vulvare. La sistematizzazione concettuale e metodologica di questa conoscenza interdisciplinare è compito di una nuova branca medica definita "vulvologia". Pertanto, di fronte alla sintomatologia vulvare soggettiva, rappresentata primariamente da prurito e bruciore e secondariamente da altri sintomi quali sanguinamento, dolore, senso di gonfiore, di tumefazione, di puntura e di secchezza, sarà compito del "vulvologo" ricercare e saper interpretare segni obiettivi (aree bianche o rosse, piane o rilevate, ulcerazioni, tumefazioni, fissurazioni

Tab. 1 - **Tentativi terapeutici medici.**

A medicinali topici: corticosteroidi, antibiotici, antimicotici, anestetici, estrogeni, progesterone, lubrificanti, interferoni, antierpetici, 5-FU, ac. ditricloroacetico, sostanze della "farmacopea naturopatica".

B medicinali intralesionali: anestetici, interferoni.

C medicinali orali: antimicotici, antierpetici, citrato di calcio, antidepressivi triciclici, altri psicofarmaci.

D psicoterapia

E agopuntura

F biofeedback

G crioterapia

Tab. 2 - **Tentativi terapeutici chirurgici.**

Distruttivi

Diatermocoagulazione

Criocoagulazione

Laser CO₂

Laser Argon

Escissionali

Vestiblectomia totale o parziale

(lama fredda, elettro/radiofrequanza, laser CO₂)

e variazioni del trofismo cutaneo-mucoso) correlandoli a malattie di tipo infettivo o infiammatorio (dermatiti

vulvari), a malattie degenerative (dermatosi vulvari), a malattie neoplastiche o a disturbi somatosensoriali.

BIBLIOGRAFIA

- 1) LYNCH P.J., EDWARDS L.: *Genital Dermatology*. New York: Churchill Livingstone Ed., 1994.
- 2) FITZPATRICK T.B., EISEN A.Z., WOLFF K. et al.: *Dermatology in General Medicine*. 4th Ed. New York: Mc Graw-Hill, 1993.
- 3) LYNCH P.: *Vulvodynia: A syndrome of unexplained vulvar pain, psicologic disability and sexual dysfunction. The ISSVD Presidential Address*. J. Reprod. Med., 1986; 31: 773.
- 4) PYCA R., WILKINSON E., FRIEDRICH E., CROKER B.: *The histopathology of vulvar vestibulitis syndrome*. Int. J. Gynecol. Pathol., 1988; 7: 249.
- 5) MCKAY M.: *Vulvar vestibulitis and vestibular papillomatosis. report of the ISSVD Committee on Vulvodynia*. J. Reprod. Med., 1991; 36: 413.
- 6) PAAVONEN J.: *Vulvodynia- a complex syndrome of vulvar pain*. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1995; 74: 243.
- 7) BERGERON S., BINIK Y., KHALIFÈ S., PAGIDAS K.: *Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review*. Clin. J. Pain; 1997; 13: 27.